

高額療養費(外来年間合算)支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書



支 *

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|-----------------------------------|---------------|------|-------|-------------------------|---------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------|---------------------------|--------------------|---------------------|--|--|--|-------------|--|--|--|-----------------------|
| 申請対象年度 | | 2XZ9年度 | | 申請区分 | 1.新規 | 2.変更 | 3.取下げ | (保険者等記入欄) | | | | 支給申請書整理番号 | | | | | | | | | | |
| 申請形態 | | 1. 計算期間末日以降申請(期間中死亡・生保適用・海外移住者なし) | | | | 2. 計算期間末日以降申請(期間中死亡者あり) | | | 3. 計算期間末日以降申請(期間中生保適用・海外移住者あり) | | | | 4. 死亡・海外移住等計算期間中申請 | | | | | | | | | |
| 氏 名 | | 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | 生年月日 | | 2XZ9年Z9月Z9日 | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 計算期間の始期及び終期 | | 2XZ9年Z9月 ～ 2XZ9年Z9月 | | | | | | | | |
| 国民健康保険資格情報 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | 被保険者記号 | | | | 被保険者番号 | | 続柄 | | 保険者名称 | | | | 計算期間中における加入期間 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 1.世 帯 主 2.擬制世帯主 3.世 帯 員 | | | | | | | | | | | | | | |
| 後期高齢者医療資格情報 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | 被保険者番号 | | | | 広域連合名称 | | | | 計算期間中における加入期間 | | | | | | | | | | | | |
| 8XXXXXXX | | 8XXXXXXX | | | | 兵庫県後期高齢者医療広域連合 | | | | 2XZ9年Z9月Z9日 から 2XZ9年Z9月Z9日まで | | | | | | | | | | | | |
| 支給方法 | | 口座 管理 番号 | 振込口座 記 入 欄 | | 銀 行 | | 金融機関コード | | 本 店 支 店 出張所 | | 店舗コード | 種 目 | | 口座番号 | | | | 口座名義人(カタカナ) | | | | 振込先 口座 管理 番号 |
| 口座振込 | | | | | 信金・組合 | | | | | | | 1.普通預金 2.当座預金 4.貯 蓄 | | | | | | | | | | |
| | | | | | 協同組合 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者 加入歴 | | 保険者名 | | | | 加入期間 | | | | 添付の自己負担額証明書整理番号 | | | | 備考欄 | | ゆうちょ銀行の口座番号が7桁でない場合は、 こちらに記号と番号をご記入ください。 ↓↓↓ | | | | | | |
| | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛

上記対象者について、高額療養費(外来年間合算)の支給を申請します。また、上記保険者加入歴に記載のある被保険者において自己負担額がある場合、他の保険者に対する支給申請並びに自己負担額証明書の交付申請及び受領に関するすべての権限を委任します。また、当該事務において被保険者の個人情報を使用及び取得することに同意します。

なお、福祉医療制度の助成を受けていた場合、高額療養費(外来年間合算)には市町が既に助成した金額が含まれているため、あらかじめその額を差し引いて支給されること(支給額が0円になる場合も含みます)及び、その差し引かれた金額を広域連合から当該市町に支払うことに同意します。また、差し引かれずに支給された場合には、当該市町への返還に応じます。

本申請に係る給付業務(給付調整を含む)に必要な情報を関係保険者等の間で共有することに同意します。

| | | | | |
|-------|-------|---|---|---|
| 郵便番号 | — | 年 | 月 | 日 |
| 住所 | | | | |
| 申請者氏名 | | | | |
| 電話番号 | () — | | | |

(勸奨用) #999999999 注意:裏面もご確認ください。

下記委任状欄は、次の場合にご記入ください。

- ・被保険者以外が申請する場合
- ・被保険者名義以外の銀行口座に振込を希望する場合

(委任状)

年 月 日

私は、高額療養費(外来年間合算)に係る、次の権限を下記受任者に委任します。

| | | | |
|---------------|--|--|-----------|
| 委任者 (被保険者) | | 住 所: | |
| | | | |
| | | 氏 名: | |
| | | | |
| 受任者 | 申請に関する権限 | 住 所: | |
| | | | |
| | | 氏 名: | 被保険者との続柄: |
| | 生年月日: 年 月 日 | | |
| | 電話番号: | | |
| | | | |
| | 受領に関する権限 | 住 所: | |
| | | | |
| | | 氏 名: | 被保険者との続柄: |
| | | 生年月日: 年 月 日 | |
| | 電話番号: | | |

上記委任状欄を記入して、窓口に申請書をお持ちいただく場合、委任者(被保険者)と窓口に来られる方の次に示す確認書類のいずれかを持参してください。
郵送の場合は、委任者(被保険者)の次に示す確認書類のいずれかのコピーを同封のうえ、ご返送ください。

＜確認書類＞

- ・運転免許証、マイナンバーカード等、官公署発行の顔写真付きの証明書
- ・当広域連合の被保険者は後期高齢者医療被保険者証

| 市区町職員 記入欄 | 本人確認書類 | 確認日付 | 担当者 |
|--------------|--|------|-----|
| | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> () | | |